

У 18 детей отмечено благоприятное течение (контрольная группа), а 46 больных (исследуемая группа) были оперированы повторно в связи с осложненным течением послеоперационного периода (продолжающийся перитонит, абсцесс брюшной полости, культиты, ранняя спаечная кишечная непроходимость). У детей обеих групп в течение 3-5 суток после первой операции проведено изучение клинических, биохимических, рентгенологических данных, состояние гемодинамики и транспорта кислорода; осуществлен анализ проводившейся интенсивной терапии. Результаты сравнивались между группами больных.

Результаты и их обсуждение. За 12-24 часа до повторной операции в исследуемой группе наблюдались ряд достоверных системных нарушений, не имевших в контрольной группе больных: 1) нарушения кровообращения по варианту патологической гипердинамии; 2) нарушения регионального кровообращения (симптом «бледного пятна» больше 2 секунд, снижение диуреза менее 1 мл/кг час, увеличение ректально-кожного температурного градиента более 10°C); 3) органный дисфункция (тахипноэ, парез кишечника); 4) метаболические расстройства (гипергликемия менее 6 ммоль/л, респираторный алкалоз, гиперазотемия более 8 ммоль/л; 5) повышение температуры тела более 38°C ; 6) лейкоцитоз более $15 \cdot 10^9/\text{л}$. Состояние системы транспорта кислорода характеризовалось достоверным снижением кислородной емкости крови и эффективности транспорта.

У детей исследуемой группы существенно возрастали «цены» корригирующей терапии: объем инфузионных сред увеличился на 25-30% ввиду необходимости стабилизации гемодинамики, диуреза и купирования симптомов изотонической дегидратации; возросла потребность в калии, оксигенотерапии, белково-коллоидных препаратах; у 8 больных потребовалось назначение допамина. У всех больных выявлены показания к назначению седативных препаратов и анальгетиков. У большинства появлялось «застойное» желудочное содержимое, что требовало постановки назогастрального зонда.

Приведенные клинические данные соответствовали ранним проявлениям системного воспалительного ответа на неконтролируемую гнойную инфекцию. Данная симптоматика не укладывалась в «стресс-норму» благополучного течения послеоперационного периода.

Выводы. Выявление указанных нарушений и рост терапевтических цен по поддержанию констант гомеостаза имело исключительное значение для своевременной диагностики послеоперационных осложнений и переориентации лечебных мероприятий.

Ларионов А.И., Третьяк С.И.,
Дружинин В.И., Ращинский С.М.,
Баранов Е.В.

ЛЕЧЕНИЕ СЕРОЗНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ.

/ Минск /

Кистозные поражения печени до недавнего времени считались редким заболеванием. По дан-

ным аутопсии частота выявления кист составляет от 0,15 до 1,86% (А.А. Шалимов 1975). С внедрением в практику современных методов диагностики увеличилась частота прижизненного диагностирования до 2,3% (З.П. Петров 1991). Среди всех заболеваний гепатобилиарной системы серозные кисты печени составляют 4,3% (Б.Д. Савчук и др. 1987).

Нами проведен скрининговый анализ ультразвуковых исследований органов брюшной полости выполненных в Минском диагностическом центре с 1989 по 1997 гг.. Выявлено 817 больных с одиночными, множественными кистами печени и поликистозом печени и почек, что составило 1,67%. В Республиканском центре хирургической гепатологии лечилось 83 больных. Больным были выполнены следующие операции: пункционная аспирация содержимого кист под контролем УЗИ; аспирация и дренирование; аспирация и склеротерапия; комбинирование аспирации, склеротерапии и дренирования с оставлением активного дренажа; лапароскопическая фенестрация; фенестрация с заполнением остаточной полости коллоидным материалом; цистэктомия; резекция печени. Анализ ближайших и отдаленных результатов лечения показал, что пункционные методы малоэффективны и приводят к рецидиву заболевания у большинства пациентов. Мы считаем методом выбора при лечении серозных кист фенестрацию с заполнением остаточной полости коллоидным веществом с антибиотиком, цистэктомию и резекцию печени. Цистэктомия и резекция печени носят радикальный характер, однако не всегда выполнимы и травматичны. Фенестрация с выполнением остаточной полости коллоидным веществом малотравматична, а коллоидная масса с антибиотиком стимулирует регенеративные процессы печени, уменьшает вероятность гнойных осложнений, что способствует закрытию остаточной полости в кратковременные сроки.

Леонович С.И., Позняк С.Н.,
Сбейти Мохамед, Леонович С.С.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГНОЙНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

/ Минск /

С 1988 по 1997 год под наблюдением находилось 35 больных с гнойными формами острого панкреатита. Больным, поступившим в клинику с подозрением на острый гнойный панкреатит, проводилась экстренная лапароскопия, с помощью которой объективно оценивались характер выпота и степень распространения воспалительного процесса в брюшной полости для выбора рациональной лечебной тактики. При асептическом панкреатогенном перитоните на фоне интенсивной терапии во время лапароскопии осуществлялось введение дренажей через лапароскоп с адекватным дренированием брюшной полости для внутрибрюшного вливания раствора новокаина с антибиотиками и антиферментами. При наличии выраженных воспалительных изменений и